



SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR E CUIDADOS CONTINUADOS: ARTICULAÇÃO ENTRE A SAÚDE E O APOIO SOCIAL INFORMAL

Paula Maria Henriques Macedo

Relatório Apresentado ao ISMT para Obtenção do

Grau de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Sónia Guadalupe Abreu

Coimbra, julho de 2020

Agradecimentos

A realização desta dissertação de Mestrado contou com importantes apoios e incentivos, sem os quais não se teria tornado realidade, e aos quais estarei eternamente grata.

À Professora Doutora Sónia Guadalupe, agradeço profundamente, pela sua orientação, apoio, disponibilidade, ponderação, pelo saber imensurável, palavras de incentivo e desafio constante.

Aos doentes e familiares, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho, o meu agradecimento pelo ensino riquíssimo de vida que me proporcionaram.

Aos que já partiram, a minha sentida homenagem.

Ao Zé, meu companheiro de vida, e aos meus filhos, as minhas estrelas guia, Mafalda e Alexandre, que me iluminam os dias, um agradecimento muito especial, pelo apoio, incentivo, paciência e amor.

Resumo

Objetivo: O estudo tem como objetivo promover uma análise reflexiva sobre o papel dos cuidados continuados integrados na articulação entre a saúde e o apoio social informal, analisando dados dos processos sociais de utentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a partir do hospital.

Participantes: A amostra é constituída pelos doentes internados no Serviço de Medicina do Hospital Distrital de Pombal, e sinalizados para Equipa de Gestão de Altas a partir do movimento assistencial do ano civil de 2019. Totalizam 57 doentes, dos quais 34 foram admitidos nas Unidades de Cuidados Continuados e desses, 25 doentes tiveram alta das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. A amostra é maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 80 anos, predominantemente de residência rural, em que mais de metade era casada, e cerca de um terço vivia só.

Material e métodos: Estudo descritivo com análise quantitativa univariada e análise categorial do conteúdo dos registos no processo social. Os procedimentos na recolha de informação foram a seleção, observação e análise documental.

Resultados: Foram admitidos mais de metade dos doentes, nas várias tipologias, foram cancelados 24,6% de processos e houve 15,7% de óbitos. Na sua maioria têm critérios para Internamento, e na tipologia de Média Duração e Reabilitação. Tiveram alta da RNCCI cerca de dois terços. Mais de metade dos utentes tinha dificuldade completa na maioria dos qualificadores CIF aquando da referenciação pela EGA. À data de referenciação a maior parte não necessitava de apoio, enquanto no pós-alta da RNCCI todos necessitavam de apoio informal e/ou formal, havendo uma associação significativa entre a distribuição pelos dois momentos. Dos que necessitavam de apoio, cerca de um terço tinha apoio da rede social primária, maioritariamente dos filhos e cerca de metade dos doentes tinha filhos emigrantes. Verificamos que 8,8 % dos doentes eram cuidadores informais, e passaram eles próprios a necessitar de cuidados. O apoio social informal é uma constante prévia, e, posterior ao internamento na RNCCI.

Implicações: Neste estudo confirma-se a necessidade de cuidados continuados aos idosos que viram a sua vulnerabilidade aumentada devido a situação de doenças com sequelas. Sublinha a importância de cuidados continuados após a intervenção de RNCCI, pois os cuidados não devem ter alta, têm de ser continuados, assim como da continuidade da avaliação social do apoio informal aos doentes no pós alta da RNCCI.

Palavras-chave: Cuidados Continuados, Serviço Social, saúde, envelhecimento, apoio social informal, apoio social formal.

Abstract

Objective: The study aims to promote a reflexive analysis on the role of continuous care integrated in the articulation between health and informal social support, analyzing data from social work processes of users referred to the Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, Portugal) from the hospital.

Participants: The sample consists of patients admitted to the Medicine Service of the Pombal District Hospital during 2019. A total of 57 patients, of whom 34 were admitted to the Continuing Care Units and of these, 25 patients were discharged from the Units of the RNCCI. The sample is mostly female, with an average age of 80 years old, predominantly from rural areas, more than half were married, and about a third lived alone.

Material and methods: Descriptive study with univariate quantitative analysis and content category analysis of social work processes. The procedures in the collection of information were the selection, observation and documentary analysis.

Results: More than half of the patients were admitted in the various typologies, 24.6% of cases were cancelled and there were 15.7% of deaths. Mostly meet the criteria for hospitalization and in the typology of Medium Duration and Rehabilitation. About two thirds were discharged from the RNCCI. Half of the users in this sample had complete difficulty in most CIF qualifiers when referred. By the time they were referred most of them did not require support, in the post-discharge of the RNCCI all needed informal and/or formal support, with a significant association between the distribution by both moments. Of those in need of support, about a third had support from the primary social network, mostly from their sons or daughters. About half of the patients had emigrant children. We found that 8.8% of the patients were informal caregivers before, and they themselves needed care after. Informal social support is a constant prior, and after hospitalization in the RNCCI.

Implications: This study confirms the need for continued care for the elderly who have seen their vulnerability increased due to the situation of diseases with sequels, and who had CC intervention. In addition, it underlines the importance of continuing the assessment of informal social support in post-discharge from the RNCCI.

Keywords: Continued care, social work, health, aging, informal social support, formal social support.

Índice de siglas e abreviaturas

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
ARS - Administração Regional de Saúde
AVD – Atividades de Vida Diária
CC – Cuidados Continuados
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CHL - Centro Hospitalar de Leiria
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECR - Equipa Coordenadora Regional
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
GC - Gabinete do Cidadão
HDP – Hospital Distrital de Pombal
IE – Índice de Envelhecimento
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAII – Projeto de Apoio Integrado a Idosos
PNS – Plano Nacional de Saúde
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais
SAD - Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UC – Unidade de Convalescença
UCIP- Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos
UCP - Unidade de Cuidados Paliativos
UDPA – Unidade de Dia e Promoção da Autonomia
UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

Índice

Introdução	1
1 - Percurso profissional	1
2 - Cuidados Continuados: Enquadramento da política social e de saúde.....	3
3 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Funcionamento, Referenciação e Operacionalização.....	9
4 - Pertinência Social da Resposta e do Suporte Social informal.....	14
Objetivos.....	17
Material e Método.....	17
Método.....	18
Amostragem e Amostra.....	18
Procedimentos e Questões Éticas na Recolha de Informação.....	19
Instrumentos de Recolha de dados.....	19
Resultados.....	19
Discussão dos Resultados.....	25
Conclusão Reflexiva.....	28
Referências.....	31
Apêndice 1	35

Índice de Figuras e Tabelas

Figuras:

Figura 1. Cronologia dos principais marcos legislativos relativos aos Cuidados Continuados

Figura 2. Representação da estrutura da RNCCI

Tabelas:

Tabela 1. Descrição das Unidades, dos cuidados prestados e dos cuidados específicos de admissão da RNCCI

Tabela 2. Características demográficas

Tabela 3. Doentes referenciados por Tipologia

Tabela 4. Tipologias das Famílias

Tabela 5. Número de filhos e de elementos da rede social primária

Tabela 6. Doentes admitidos, cancelamentos e óbitos por tipologia de unidade

Tabela 7. Apoio à data da referenciação e apoio no pós-alta da RNCCI

Tabela 8. Qualificadores de atividade e participação avaliados pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Tabela 9. Apoio à data da referenciação e no pós-alta da RNCCI, relacionado com filhos emigrantes

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas, com o aumento tendencial da população idosa, o aumento da prevalência de doenças crónicas, o aumento de doenças de evolução prolongada e com o elevado grau de incapacidade e de dependência funcional, a par do aumento das crescentes dificuldades de participação das famílias nos cuidados informais, determinaram a necessidade de criar respostas articuladas e intersectoriais ajustadas às necessidades de saúde e sociais.

Com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e de apoio social foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. A RNCCI, com o objetivo de implementar um modelo de prestação de cuidados centrados no doente adaptado às necessidades de cada pessoa, é, assim, desenvolvida por dois setores com responsabilidades fundamentais de intervenção para favorecer o bem-estar social: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

A RNCCI constitui o terceiro nível de cuidados do sistema de saúde português, tendo em vista ganhos em saúde e melhores resultados dos utentes, nomeadamente no grau de autonomia física. Foca a recuperação global da pessoa, promove a sua autonomia aumentando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com a intenção da sua reintegração sociofamiliar. Compreende cuidados de natureza preventiva e reabilitadora, constituindo um nível de cuidados de saúde e de apoio social entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária.

A importância da continuidade dos cuidados de saúde e a pertinência social da resposta aos doentes dependentes, bem como do seu suporte social informal, são pontos fundamentais para a/na preparação de alta hospitalar dos doentes, pelo Serviço Social. É nesta perspetiva que o presente trabalho é desenvolvido, tendo em consideração a trajetória profissional da autora e as suas incumbências funcionais atuais no âmbito do Serviço Social hospitalar,

1. Percurso Profissional

A autora é Técnica Superior na área do Serviço Social no Hospital Distrital de Pombal (HDP), que é atualmente uma Unidade Hospitalar integrante do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), desde a sua fusão em 2011 (Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março).

O Serviço Social na saúde tem sido uma constante na sua vida profissional. Desde o estágio curricular, denominado na altura de observação e pesquisa, integrado no Curso Superior de Serviço Social, ter sido realizado no Serviço Social do Centro de Saúde de Miranda do

Corvo, com vista à elaboração de um trabalho final de investigação com o tema “Estatuto, Papéis e Funções do Serviço Social na Saúde”.

À parte do desempenho profissional no Gabinete Técnico Local de Pombal, dependente da Câmara Municipal de Pombal, no âmbito de Programa de Reabilitação Urbana em 1987, e, do exercício de funções de Técnica Superior de Serviço Social no Centro Regional de Segurança Social de Leiria, inserida na Divisão de Ação Social, tendo como zona de intervenção os concelhos de Pedrogão Grande e Castanheira de Pera, o seu desempenho profissional sempre foi desenvolvido na área da saúde. Inicialmente nos cuidados de saúde primários, nomeadamente no Centro de Saúde de Pombal, posteriormente, e marcando a admissão no serviço público, no Centro de Saúde Mental de Leiria. E, desde 1992, nos cuidados de saúde hospitalares, desempenhando funções de Técnica Superior de Serviço Social hospitalar há cerca de 28 anos.

Presentemente faz parte da equipa de Serviço Social do CHL, serviço de suporte à prestação de cuidados hospitalares, composto por 10 Assistentes Sociais e uma coordenadora, que dão apoio aos serviços de Internamento, urgência e ambulatório dos Hospitais de Santo André, em Leiria, Hospital Distrital de Pombal, e Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça.

Na sua ação profissional abrange todos os serviços do HDP, nomeadamente: no Serviço de Urgência, nos Serviços de Internamento de Medicina Interna, Cirurgia Geral (até 2018), e na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), e, nas Consultas Externas de várias especialidades médicas. É membro ativo das equipas multidisciplinares visando o atendimento integral ao utente e familiares, competindo-lhe implementar uma política de preparação efetiva das altas hospitalares, em colaboração com os serviços de internamento, de modo a proporcionar uma rápida e adequada reintegração dos doentes na comunidade, designadamente através da referenciação prevista na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a participar nas ações de rede de suporte e apoio domiciliário ou outras iniciativas em que intervenha o CHL, a contribuir para ações de humanização e qualidade dos serviços hospitalares, e a gerir o Gabinete do Cidadão (GC) nos termos da legislação aplicável (Regulamento Interno do CHL, art.º 41). Relativamente ao GC a sua função tem como missão dar voz aos utentes e cidadãos enquanto agentes ativos e responsáveis detentores de direitos e deveres, numa lógica de mediação e diálogo num enquadramento institucional (Despacho Ministerial n.º 26/8, de 30 de junho).

Nestes contextos, desenvolve a sua intervenção tendo por referência ao Código de Ética adotado pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais, o qual estabelece os direitos humanos e a justiça social como princípios fundamentais de atuação.

A frequência do Mestrado em Serviço Social resulta de uma ambição pessoal, mas também profissional, na medida em que permite uma análise reflexiva sobre a prática do Serviço Social, do Serviço Social no contexto do Serviço Nacional de Saúde e nos Cuidados Continuados (CC).

2. Cuidados Continuados Integrados: Enquadramento da política social e de saúde

Os determinantes sociais da saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2010). O desenvolvimento deste conceito assenta numa mudança de paradigma, pois as atuais definições de saúde, valorizam a pessoa, não como um elemento isolado, mas como um ser social que vive em sociedade, influenciando-a e fazendo parte dela ao mesmo tempo que dela recebe as suas influências e a elas se adapta.

Atualmente a saúde é entendida como um processo de equilíbrio entre o nível social, físico e psíquico. A componente social é indissociável da própria doença e implica diretamente com ela (Alves, 2013). Segundo Nunes e Rego (2002, p.63), “o estado da saúde de uma população é profundamente influenciado por fatores de ordem económica, social, política e, portanto, culturais. Este princípio lapidar da epidemiologia social, de que fatores sociais criam e moldam os padrões de saúde e de doença, implica a adoção de medidas claras de saúde”. Pois, as alterações demográficas, sociais e familiares verificadas, quer devido ao envelhecimento da população, quer da alteração das estruturas familiares e de fenómenos de desertificação, determinam a necessidade de um constante ajustamento de políticas de saúde e sociais, para atender às necessidades dos portugueses.

Esta atenção é fundamental na área da saúde, particularmente nos cuidados hospitalares e nas exigências que daí decorrem, pois, a maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos, que não necessitam de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas sim de uma nova abordagem integral que inteire os diversos níveis de cuidados do sistema de saúde e das organizações sociais, direcionadas para o indivíduo, com necessidades de apoio nas atividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (Direção Geral da Saúde, 2010). Importa a promoção da autonomia, a funcionalidade e a autodeterminação do doente, reduzindo, evitando ou adiando o internamento hospitalar, e a sua reintegração no seu meio familiar e social.

Como consequência, surgem experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares, como forma de encontrar uma resposta mais eficaz ao problema do envelhecimento da população e consequente aumento das necessidades de saúde e de apoio social.

Segundo a Direção Geral da Saúde (2010), a integração é entendida como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência e saúde das populações. Além disso, os sistemas de saúde, no seio de reformas que

garantem acesso, qualidade e sustentabilidade, caminham para uma pirâmide de base larga, onde se encontram respostas sediadas na comunidade e de proximidade (Nogueira, 2009).

É neste contexto que surge no nosso País, o programa precursor do que viriam a ser os cuidados continuados: o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) em 1994, seguindo-se ao ano europeu dos idosos e da solidariedade entre as gerações (1993). Designava como objetivos principais: manter a autonomia do idoso no domicílio e no seu ambiente de vida, estabelecer medidas para assegurar a mobilidade dos idosos e a acessibilidade a benefícios e serviços, implementar respostas de apoio, promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade intergerações, bem como para a criação de postos de trabalho.

Em 1998, o Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de junho, da responsabilidade dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, aprovava as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde e ação social tendo por base a “crescente necessidade de prestação de cuidados continuados (...) às pessoas mais idosas, às pessoas com deficiência e as que tem problemas de saúde mental” (Preâmbulo). Este Despacho legal considera que a prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório “aparece como a forma mais humanizada de resposta” exigindo “o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efetiva continuidade dos cuidados necessários que se pretendem globais”, entendendo ainda que estes “mecanismos” estão na base de uma sociedade solidária, envolvendo “a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do Estado, como principal incentivador da ação, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados”.

Este mesmo Despacho define, como objetivos, pela primeira vez os grupos alvo e tipos de equipamentos para atendimento às pessoas em situações de dependência física, mental ou social e propõe respostas de apoio social, cuidados de saúde continuados e respostas integradas (ponto 3) a desenvolver através dum sistema de cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade com o terceiro setor.

A partir destes diplomas precursores, sucedem-se outros que vêm consolidar o sistema de cuidados continuados que hoje conhecemos. Em 2002 é definida uma rede nacional de cuidados integrados designada como “Rede Mais” destinada a desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social para pessoas em situação de dependência. Em 2003 foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde por Decreto Lei nº 281/2003, de 8 de novembro. Segundo este diploma, a Rede seria formada por “todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas para a prestação de cuidados de saúde” com o objetivo de “promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de

cuidados continuados: doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar limitação funcional ou dependência; incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a diminuir a angústia e a dignificar o período terminal de vida” (Preâmbulo). Esta rede supõe ainda uma tentativa de garantir um regime de complementaridade e articulação entre as redes de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

Outro passo importante foi o Programa Operacional Saúde XXI que aprovou importantes iniciativas de entidades de carácter social e de fim lucrativo, destinadas a aumentar a oferta de serviços de Cuidados Continuados. No âmbito do 3.º Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006), este programa procura criar condições que facilitem a reorganização e modernização das instituições do setor, dando resposta às necessidades existentes, com vista à melhoria do estado de saúde dos portugueses e do sistema de saúde.

É neste contexto que se insere o conceito e a prática de cuidados continuados, onde a complementaridade entre as famílias e o apoio público está bem patente na Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005. Esta aprova os princípios fundamentais orientadores da estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência.

No ano seguinte, em 2006, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do Decreto-Lei nº 101/2006. A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social (...), com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais” (artigo 2º).

O modelo assenta em distintas tipologias de respostas, de acordo com a própria fase do nível de dependência, tendo como objetivo final: a manutenção do utente no seu domicílio, sempre que possível. Compreende cuidados de natureza preventiva, reabilitadora e paliativa (até 2015), constituindo um nível de cuidados de saúde e de apoio social entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária. Estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos CSP como ponto nevrálgico do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Surge esta Rede com o intuito de, em primeiro lugar, dar resposta às necessidades dos indivíduos em matéria de dependência e incapacidade, e em segundo lugar, como modelo intersectorial de prestação de cuidados de saúde, posicionando-se entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários (DGS, 2010). De acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2011-2016 (DGS, 2010), os cuidados continuados assumem a resposta perante situações de dependência ou incapacidade dos indivíduos, nos diferentes momentos e circunstâncias do ciclo de vida e da história evolutiva das doenças e situações sociais. Pretende-se igualmente que os

cuidados continuados facilitem a integração e capitalizem a influência da família na promoção da autonomia dos indivíduos e na responsabilização pela autogestão da sua doença.

Estabelece-se, assim, que em Portugal os cuidados continuados, de acordo com o Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho, referem-se ao “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”. Como referido, esta definição preconiza uma integração multissetorial ao nível da saúde e da segurança social, espelhando a ideia de cuidados integrados. Estes pressupõem a recuperação global e a manutenção do indivíduo que se encontre em situação de fragilidade, e que necessite de cuidados de saúde ativos e contínuos (Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho).

Em síntese, de acordo com Nogueira (2009), é possível afirmar que diferentes definições são adotadas quanto à questão dos cuidados continuados de saúde, considerando a variabilidade de respostas existentes a nível internacional. Sendo, no entanto, comum, a necessidade de adequar respostas e serviços que permitam a prestação contínua de cuidados aos indivíduos em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar. É igualmente importante reforçar a intervenção dos serviços de saúde de forma integrada com os serviços sociais, com vista à reabilitação integral e à promoção da autonomia do indivíduo com necessidade de cuidados continuados de saúde (Nogueira, 2009).

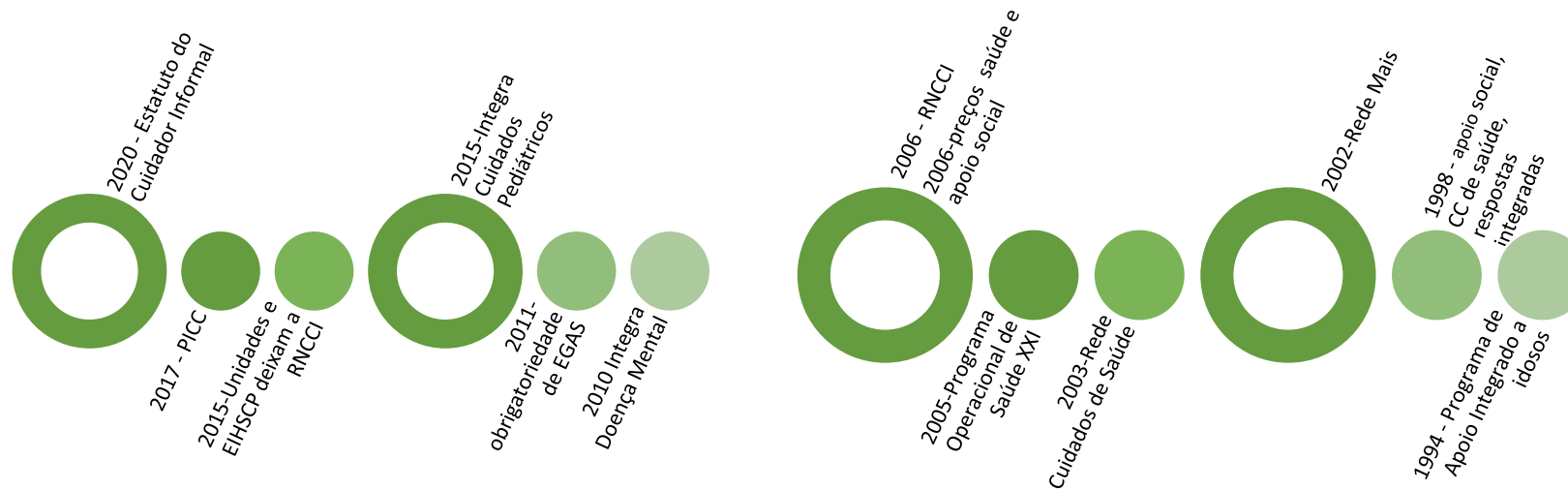
Reforçamos o que anteriormente referimos, pois, a RNCCI é um modelo que assenta em dois pilares fundamentais; a integração no SNS e integração no Sistema de Proteção Social. Neste sentido, os Cuidados Continuados Integrados constituem um nível de cuidados que é parte integrante do SNS, devendo adaptar-se aos perfis dos “novos doentes” que são cada vez mais envelhecidos, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade, para a evolução prolongada e para a dependência.

A evolução da RNCCI, foi uma constante ao longo dos últimos anos, como se poderá verificar na cronologia dos principais marcos legislativos aos Cuidados Continuados (Figura 1), sempre com o sentido de respostas integradas entre os vários níveis de cuidados, que respondam cada vez melhor, à procura de cuidados de saúde e apoio social e, simultaneamente, demonstrem uma gestão eficiente de recursos, uma melhoria da qualidade e acesso a cuidados adequados.

Mais recentemente, através da lei nº 100/2019, é aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, em que é reconhecida a continuidade dos cuidados como “um direito dos cidadãos e consiste na prestação de cuidados dirigidos a satisfazer necessidades crónicas” (art.º 7º. Nº2).

Figura 1

Cronologia dos principais marcos legislativos relativos aos Cuidados Continuados



Fonte: Elaboração da autora. Fontes de informação e detalhes no Apêndice 1

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Funcionamento, Referenciação e Operacionalização

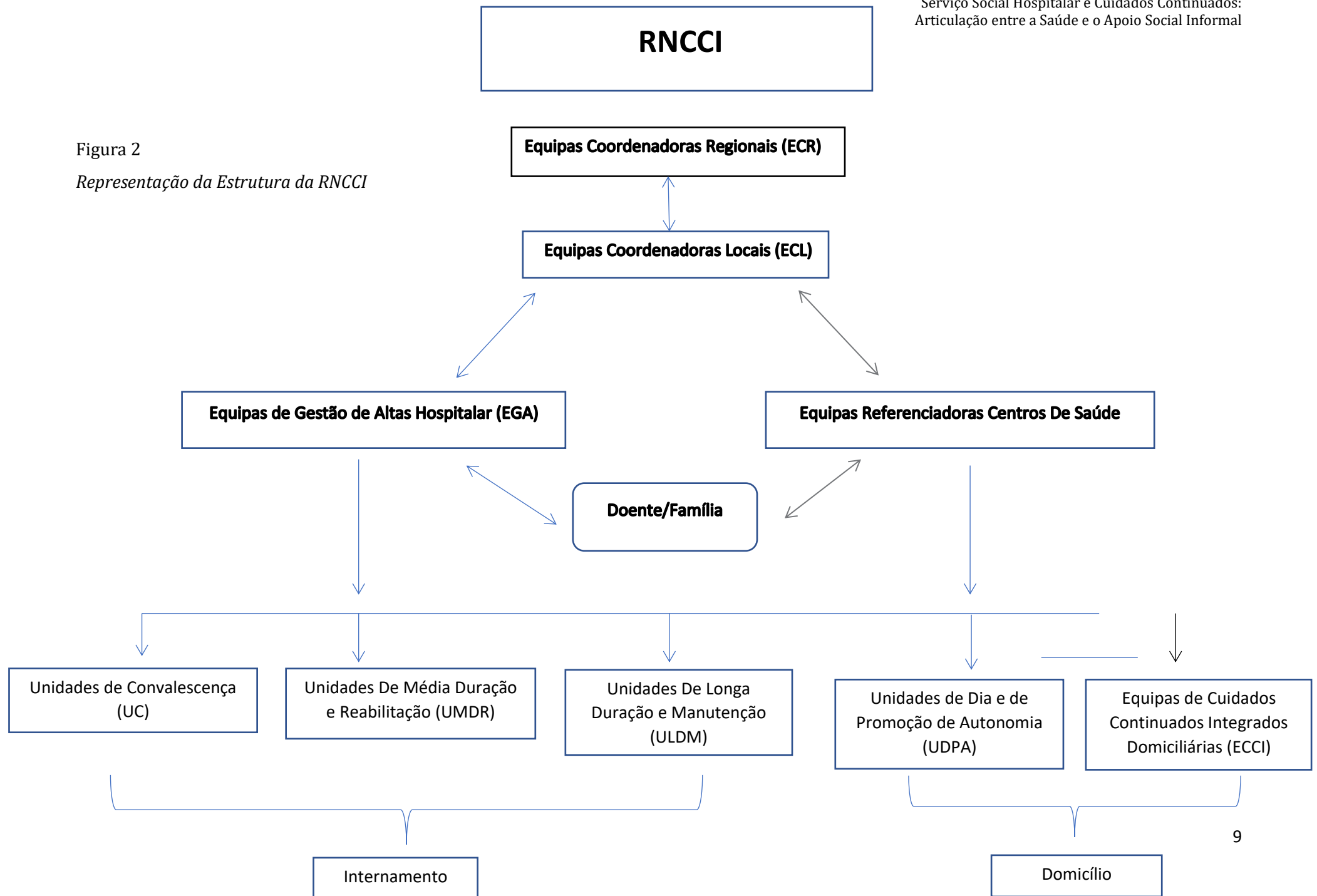
Como referido, a RNCCI é uma rede de cooperação intersectorial e interinstitucional, numa lógica de descentralização de serviços, desenvolvendo-se a vários níveis de intervenção e competências (Despacho n.º 19 040/2006, de 19 de junho).

A coordenação nacional da RNCCI é assegurada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), com dois níveis territoriais de operacionalização (regional e local), assegurados pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sediadas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidades Locais de Saúde, que não tenha ACES constituído (Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro) (Figura 2).

Em termos operacionais, o acesso à RNCCI é feito através de proposta na plataforma SI RNCCI (aplicativo de monitorização da RNCCI), para a ECL correspondente à zona de residência do doente. Essa proposta é efetuada pelas equipas hospitalares, denominadas Equipas de Gestão de Alta (EGA), quando o doente se encontra internado, ou pelas equipas referenciadoras de Centros de Saúde, quando o doente se encontra no domicílio. Dependendo dos critérios de admissão, a EGA, ou a equipa do centro de saúde, opta pela tipologia que melhor se adequa às necessidades do doente, e de acordo, e em conjunto com a família.

A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de internamento da Rede existentes na área de influência hospitalar. Esta equipa avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. A EGA encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um Médico, um Enfermeiro e um Assistente Social (Decreto lei n.º 101/2006, Portaria 174/2014, e Portaria 50/2017).

Figura 2
Representação da Estrutura da RNCCI



A nível de respostas de internamento, foram constituídas: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP, que integraram a RNCCI até 2015). A nível de respostas domiciliárias, foram constituídas as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e as Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA), e as Equipas Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) (Decreto-lei n.º 101/2006).

Salientamos que os cuidados paliativos não integram a RNCCI, desde 2015, tendo sido criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

As Unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinadas às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, foram criadas em 2010 (Decreto-lei n.º 8/2010)

Em 2015, através da Portaria n.º 343, foram integradas na RNCCI as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos.

Segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI-1º semestre 2019 (ACSS, SNS), em 2019 existiam 14.600 lugares na RNCCI, em internamento, ambulatório e apoio domiciliário, incluindo a área pediátrica e a saúde mental. Desses lugares, 8923, referiam-se a Unidades de internamento em funcionamento na RNCCI.

Tabela 1

Descrição das Unidades, dos cuidados prestados e dos cuidados específicos de admissão da RNCCI

I N T E R N A M E N T O	Unidade/Equipa	Descrição	Cuidados prestados	Crítérios específicos para admissão
	Unidade de Convalescença (UC)	Unidade de internamento para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.	Cuidados médicos permanentes; Cuidados de enfermagem permanentes; Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; Prescrição e administração de fármacos; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer.	Perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes; b) Reabilitação funcional intensiva.
	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	Unidade de internamento para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação já referida. Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.	Cuidados médicos diários; Cuidados de enfermagem permanentes; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer.	Perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes; b) Reabilitação funcional.
	Unidade de longa Duração e Manutenção (ULDm)	Unidade de internamento, de caráter temporário ou permanente, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependências que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio; tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Internamento com período superior a 90 dias consecutivos.	Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados de enfermagem diários; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Animação sociocultural; Higiene, conforto e alimentação; Apoio no desempenho das atividades da vida diária, incluindo as instrumentais.	Situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram: a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes; b) Reabilitação funcional de manutenção; c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.
	Unidade Cuidados Paliativos (UCP)	É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (até 2015).	Cuidados médicos diários; Cuidados de enfermagem permanentes; Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; Prescrição e administração de fármacos; Cuidados de fisioterapia; Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; Atividades de manutenção; Higiene, conforto e alimentação; Convívio e lazer.	A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.

D O M I C I L I O	Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)	Equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas atividades. Presta aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal, quando solicitada a atuação (até 2015).	Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; cuidados médicos e de enfermagem; tratamento e acompanhamento de doentes internados; assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; cuidados de fisioterapia; apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.	A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.
	Equipa de Cuidados Continuados Integrado (ECCI)	É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.	Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.	Pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram: a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.
	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA)	Unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e de apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio. Deve articular-se com unidades da RNCCI ou com respostas sociais já existentes; deve funcionar 8h por dia, no mínimo nos dias úteis.	Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados médicos; Cuidados de enfermagem periódicos; Controle fisiátrico periódico; Apoio psicossocial; Animação sócio-cultural; Alimentação; Higiene pessoal, quando necessária.	Situações que necessitam de prestação de cuidados apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.
Condições gerais de admissão em todas as tipologias: alimentação entérica; tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas; manutenção e tratamento de estomas; terapêutica parentérica; medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida, e, ajuste terapêutico e/ou administração de terapêutica com supervisão continuada; Critérios gerais de exclusão de unidades de internamento: Doente com episódio de doença em fase aguda; Doente que necessita exclusivamente de apoio social; Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico; Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidade destinada a esse fim; Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua medicamentos de utilização unicamente hospitalar.				

Fonte: Decreto-lei nº 101/2006, com as alterações da Portaria 50/2017

4. **Pertinência social da resposta e do suporte social informal**

Neder (1996, cit. in Mioto 2004, p.2), afirma que “os Assistentes Sociais são os únicos profissionais que têm a família como objeto privilegiado de intervenção durante toda sua trajetória histórica, ao contrário de outras profissões que a privilegiam em alguns momentos e em outros, a tiram de cena”, sendo este foco particularmente relevante na intervenção do Serviço Social na área da saúde e do envelhecimento.

O Serviço Social promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa, em que os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais, por um lado, e por outro, relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social (Federação Internacional de Assistentes Sociais, IFSW, 2014). Em saúde, isto é, quando lidamos com a doença, isso é fundamental, na medida em que prestar apoio aos cidadãos – utentes e/ou familiares – em situação de crise, promover a mudança social, a resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento dos mesmos no seu bem-estar (IFSW, 2014) promove a saúde. Saúde, entendida não apenas como ausência de doença, mas como a visão do doente, como Ser Humano, “simultaneamente uno e portador de diversidade (social, psicológica, biológica, cultural, moral, política, religiosa, etc)” (Rodrigues, 2000, p.47).

O Serviço Social na saúde é geralmente aceite, como atuando na dimensão psicossocial da doença para promover a saúde. Desta forma, a abordagem psicossocial reporta-se a fatores de ordem económica, social, cultural e espiritual (por vezes formulados em termos sintéticos e abrangentes como fatores de ordem social) e aos aspetos de ordem psicológica que influenciam a situação de saúde e/ou interferem na doença e no processo de cura, reabilitação, readaptação e reintegração sociofamiliar e profissional ou escolar do doente (DGS, 2006, p.5). No âmbito do paradigma da promoção da saúde, a intervenção do Serviço Social na área dos cuidados continuados de saúde e sociais requer uma abordagem humanista e compreensiva (holística), orientada para o contexto numa linha de convergência teórica (Carvalho, 2012).

Em cada hospital do SNS (Despacho n.º 7968/2011:1,2), o Assistente Social faz parte integrante da equipa multidisciplinar hospitalar de Gestão de Altas, denominada EGA, como já referido, desenvolvendo e assegurando as funções necessárias à execução da sua atividade, (Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho, e Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro).

Como Assistente Social da EGA do HDP, a autora colabora com o doente, família e equipa de saúde no planeamento e facilitação da alta dos doentes que requerem suporte de continuidade de cuidados, recomenda opções para a continuidade de cuidados de acordo com as necessidades e preferências identificadas, estabelece a ligação com os recursos da RNCCI, de modo a promover

o acesso dos doentes, articula com os serviços de internamento do hospital de modo a facilitar o reingresso do doente em situação de agudização da doença de base, colabora em ações formativas internas relacionadas com a RNCCI, contribui para o planeamento de alta segura e para a concretização dos indicadores de qualidade contratualizados pelo hospital (DGS, 2006). E ainda inscreve e referencia os doentes, na plataforma RNCCI, acordando disponibilidade dos outros elementos da equipa, de acordo com os prazos estipulados, participa com o doente e/ou familiares no tratamento de documentação necessária, e articula com a família o feedback da situação do doente, posteriormente, para atualização da informação social hospitalar.

Na conceptualização dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) é responsabilizada, capacitada, e salientada a importância da família, bem como de todos os agentes da sociedade na garantia dos cuidados. A família como a principal célula da sociedade portuguesa, também é referida e salvaguardada a sua importância, e salientado o seu apoio, na letra da lei, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 280/2003, que cria a rede de cuidados continuados de saúde. Neste decreto legislativo refere-se que, além da prestação de cuidados de saúde em geral que a família e a comunidade social têm constituído, devem “continuar a intervir como fatores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados” (Preâmbulo).

Ainda no decreto-lei nº 101 que instituiu a RNCCI, em 2006, é referida a necessidade de “novas necessidades de saúde e sociais” que “devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais”, além disso devem ser “facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários”, bem como “do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”. Ainda no mesmo decreto-lei, na designação dos princípios da criada Rede é salvaguardada a “participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal”, bem como a “participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados” (art.º 6º, i) e h)).

Em Portugal, a família é “quase sempre tida enquanto principal reduto de suporte em caso de vulnerabilidade, sobretudo na doença”, constituindo-se como “núcleo duro da rede primária de suporte social” (Guadalupe, 2012, p. 186). De forma estendida, considera-se que rede de suporte pode incluir o núcleo familiar e de amigos, a vizinhança, relações de trabalho e serviços comunitários. Abrangendo o conceito de apoio social “uma vasta gama de comportamentos, funções e ações ou atividades (Guadalupe, 2009, p. 82), que incluem o núcleo familiar e de amigos, os serviços informais baseados na vizinhança, e o apoio prestado pelos serviços comunitários, desempenhando um papel fundamental no que respeita à saúde e ao bem-estar.

A família é, assim, fundamental, em especial aquando da existência de vulnerabilidades, nomeadamente as associadas à doença e à dependência. Considerada como rede social primária, os seus papéis de proteção, afetividade, sentido de pertença, e o apoio social, são cruciais na vida hodierna. De facto, nas redes de apoio informal, ou redes primárias, “os vínculos são principalmente de natureza afetiva, podendo assumir uma carga positiva ou negativa, não havendo qualquer sentido de obrigação ou formalidade na relação” (Guadalupe, 2009, p. 54).

Representando o apoio social informal, a família tem sido o centro e o garante dos cuidados aos idosos e dependentes, constituindo os cuidados prestados pelos seus membros, muitas vezes, a única e principal prestação dos cuidados informais necessários (Carvalho, 2015). Mesmo com as alterações nas estruturas familiares que têm ocorrido, por vários fatores, quer sociais, económicos, políticos, demográficos e culturais, a família portuguesa continua a desempenhar esse papel, pelo que se considera que Portugal apresenta uma sociedade familista (Portugal, 2014).

Presentemente, a necessidade de cuidados, vê-se aumentada devido às crescentes exigências das necessidades de cuidados de saúde associadas ao envelhecimento da população, às condições de vida e ao aumento da prevalência de doenças crónicas. Cuidar é definido por Collière (1999, p. 235-236) como “um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Em todas as etapas do ciclo de vida da família, a exigência de prestação de cuidados aos membros da família é uma constante. Na família, nasce-se, cuida-se, cresce-se, cuida-se, vive-se, cuida-se, envelhece-se, cuida-se.... Assim, na intervenção do serviço social hospitalar, a família desempenha papel preponderante. Juntamente com o doente (se o seu estado de saúde deste o permitir), constituindo uma peça basilar do trabalho do assistente social.

A intervenção social tem sempre por base a qualidade e a adequabilidade à situação problema e ao contexto do sujeito, envolvendo o mesmo de uma forma holística, abrangendo todas as necessidades, capacidades, crenças e aspirações. Neste processo, a triangulação entre o doente, a família, a equipa clínica, e as entidades comunitárias, é central no estudo e adequação da mais correta orientação social.

Importa também referir as redes de apoio formal ou redes secundárias, que são as que estão diretamente interligadas com as relações que se estabelecem com as instituições sociais. Referem-se a laços institucionais num âmbito estruturado e de existência oficial e têm o objetivo de dar resposta a exigências de natureza funcional, fornecer serviços ou instituir recursos (Guadalupe, 2009). Segundo a Carta Social (ISS, 2018) a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

(RSES), enquanto elemento fundamental na promoção e no desenvolvimento da proteção social, traduz-se na oferta de um conjunto alargado de respostas sociais, direcionadas sobretudo para os grupos mais vulneráveis, com um papel determinante no combate às situações de pobreza, assim como na promoção da inclusão social e da conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD) consistem nas respostas sociais com maior representatividade no âmbito da RSES dirigidas às Pessoas Idosas. Para além da satisfação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) dos utentes, as respostas destinadas a esta população-alvo visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso e de este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição (ISS, 2018).

No presente estudo, debruçamo-nos sobretudo sobre as redes de apoio informal, pois é com elas que trabalhamos diretamente, “são sempre o motivo da nossa intervenção (sendo por elas, para elas e com elas que trabalhamos), enquanto que o motor da intervenção são as redes secundárias nas quais nos inserimos como interventores sociais” (Guadalupe, 2001, p.2). Neste sentido, na sua ação, o Serviço Social representa a articulação entre ambas, isto é, a rede social informal e a rede social formal.

Objetivos

O estudo tem como objetivo geral promover uma análise reflexiva sobre o papel dos cuidados continuados integrados na articulação entre a saúde e o apoio social informal, com base na análise de dados registados nos processos sociais de utentes referenciados para RNCCI a partir do hospital.

Assim, são definidos como objetivos específicos:

- a análise dos processos sociais dos utentes referenciados para RNCCI;
- a análise dos registos efetuados no processo de continuidade de cuidados e de destino pós-alta;
- a caracterização do suporte social informal e formal.

MATERIAL E MÉTODO

Método

Este é um estudo descritivo com análise quantitativa univariada e análise categorial do conteúdo dos registos nos processos sociais, isto é, através da sua análise documental.

Amostragem e Amostra

A amostragem é não probabilística intencional (Ribeiro, 2007), sendo a amostra constituída por 57 doentes sinalizados e referenciados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do CHL-HDP a partir do movimento assistencial do Serviço de Medicina do HDP para a RNCCI no ano civil de 2019. De 923 doentes internados, foram sinalizados 57, o que representa 6,2%, da totalidade de doentes internados durante o ano de 2019. Os critérios de inclusão implicam que sejam doentes internados no Serviço de Medicina do HDP durante o ano de 2019, e que tenham sido sinalizados pela EGA do HDP para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Nas características demográficas destacamos que a maior parte dos doentes sinalizados, eram do sexo feminino, representando 63,2% da totalidade da amostra ($n = 36$), e o sexo masculino 36,8% ($n = 21$). As idades variam entre os 50 e os 93 anos de idade, sendo sobretudo da faixa etária dos idosos de idade avançada (40,4%; $n = 23$), e a média de idades de 80 anos. A maior parte reside em contexto rural (64,9%; $n = 37$). Salientamos o facto de que todos os doentes residiam em habitação própria, à exceção de 3 doentes que residiam em habitação arrendada e um doente em habitação emprestada por familiar. Relativamente ao estado civil, a maior parte, 56,1% ($n = 32$) são casados, seguindo-se o estado civil de viúvo com 31,6% ($n = 18$).

Tabela 2
Características demográficas

	<i>N</i>	%	Medidas descritivas
	57	100	
Sexo			
Feminino	36	63,2	<i>Mo</i> =Feminino
Masculino	21	36,8	
Grupo Etário			
< 65	4	7	<i>M</i> = 80,14 <i>DP</i> = 9,206 Mínimo = 50 Máximo = 93
65-74 (idoso jovem)	9	15,8	
75-84 (idoso-idoso)	21	36,8	
85 + (idoso de idade avançada)	23	40,4	
Residência			
Rural	37	64,9	<i>Mo</i> =rural
Urbano	20	35,1	
Estado Civil			
Solteiro	4	7	<i>Mo</i> =casado
Casado	32	56,1	
Viúvo	18	31,6	
Divorciado	3	5,3	

Notas: *N* = frequência de doentes; *Mo* = moda; *M* = média; *DP* = desvio padrão

Procedimentos e questões éticas na recolha de informação

Após efetuados os necessários contatos institucionais para aprovação interna da investigação, através do Centro de Investigação do CHL, iniciamos o presente estudo. Os procedimentos na recolha de informação são a seleção, observação e análise documental. Nessa recolha os procedimentos foram pautados de acordo com o Código Deontológico dos Assistentes Sociais, reconhecido e adotado pela Associação dos Profissionais de Serviço Social (aprovado na Assembleia geral da APSS em 25 de outubro de 2018), de acordo com o Código de Conduta Ética da DGS, publicado no Aviso n.º 201/2015, do DR II série, n.º 5, de 8 de Janeiro de 2015, bem como de acordo com o Código de Ética do CHL, aprovado em 21-05-2015, através de deliberação do CA, ata n.º 18.

É garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados no tratamento e na divulgação dos resultados, sendo estes exclusivamente usados para os fins da presente investigação.

Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada a partir dos processos do Serviço Social e a Informação Social na plataforma SI RNCCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI. Esta é uma plataforma informática para inscrição e referência dos doentes, utilizada pela equipa de gestão de altas hospitalar, nomeadamente por assistente social, médico/a, e enfermeira/o, para a inserção de informações relevantes acerca da situação do doente.

Na análise descritiva da amostra, foi utilizado: nas variáveis nominais, as frequências absolutas (números absolutos – n) e frequências relativas (proporções em percentagem - %), nas variáveis discretas, a medida de tendência central (média) e a medida de dispersão (desvio-padrão).

RESULTADOS

De seguida apresentamos os resultados que consideramos mais relevantes para a investigação.

Na tabela 3 apresentamos os doentes referenciados para Unidades de internamento ou equipas da RNCCI pelas diferentes tipologias. Dos 57 doentes referenciados, a maioria (58%; $n = 33$) tinha critérios específicos para admissão em UMDR. Os restantes 21% ($n = 12$) apresentavam critérios para Unidade de Convalescença. Para ULDM foram referenciados 12,2% ($n = 7$), e para ECCI 8,8% ($n = 5$). Verificamos que a maioria dos doentes (91,2%; $n = 52$), apresentava critérios

de referenciação para internamento na RNCCI, e 8,8% ($n = 5$) para manutenção no domicílio, com apoio de Equipas de Cuidados Continuados (ECCI).

Tabela 3

Doentes referenciados por tipologia de Unidade da RNCCI

TIPOLOGIAS	N 57	% 100
UC	12	21
ECCI	5	8,8
UMDR	33	58
ULDm	7	12,2
Total	57	100

Notas: UC= Unidade de Convalescença; ECCI=Equipa Cuidados Continuados Integrados; UMDR=Unidade Média Duração e Reabilitação; ULDM=Unidade Longa Duração e Manutenção

Na tabela 4 pode verificar-se que uma grande parte dos utentes constituía famílias unipessoais, representando 35% ($n = 20$) os doentes que viviam sozinhos. A maior parte (45,6%; $n = 26$) vivia em casal, 7,1% ($n = 7$) vivia no contexto do que considerámos família cuidadora, isto é, necessitavam de cuidados e viviam com familiares que lhes prestavam os cuidados necessários. Em família nuclear, viviam 4 doentes, isto é, ainda se mantinham os filhos no domicílio, juntamente com os pais.

Salientamos que 7% ($n = 4$) dos doentes eram os principais e únicos cuidadores dos cônjuges, e uma doente era cuidadora da mãe. Ou seja, 8,8% ($n = 5$) dos doentes da presente amostra, eram cuidadores de familiares, previamente ao episódio de doença que originou o internamento hospitalar.

Tabela 4

Tipologias familiar

Tipologia	N	%
Unipessoal	20	35
Casal	26	45,6
Família cuidadora	7	12,3
Nuclear com filhos adultos	4	7,1
Total	57	100

Na tabela 5 apresentamos os dados relativamente ao número de filhos dos utentes da presente amostra, bem como os elementos da rede social primária. Relativamente às entrevistas sociais, no desenrolar do processo de CC, foram efetuadas com a rede social primária dos doentes,

nomeadamente: com filhos (38%; $n = 8$), com cônjuge e filhos (14,1%; $n = 8$), só com cônjuge (7,1%; $n = 4$), com amigos/vizinhos (5,3%; $n = 3$), e com sobrinhos, com cônjuge e irmãos/cunhados, com filhos e irmãos/cunhados, e só com irmãos (respetivamente, 1,7%; $n = 1$).

Consideramos importante caracterizar o número filhos de doentes, devido a serem estes os que, fundamentalmente, representam o apoio social informal dos doentes da presente amostra. A maioria dos doentes tinha filhos/as (91,2%), sendo que, a maior parte, 40,4 % tinham 2 filhos.

Tabela 5

Número de filhos e de elementos da rede social primária

	<i>N</i>	<i>%</i>
Número de filhos		
Sem filhos	5	8,8
1 filho	13	22,8
2 filhos	23	40,4
3 filhos	9	15,8
4 filhos	6	10,5
+ de 4 filhos	4	1,7
Total	57	100
Elementos da rede social primária		
Cônjuge	4	7,1
Cônjuge e Filhos	8	14,1
Filhos	38	66,7
Sobrinhos	1	1,7
Cônjuge e irmãos/cunhados	1	1,7
Filhos e irmãos/cunhados	1	1,7
Amigos/vizinhos	3	5,3
Irmãos	1	1,7
Total	57	100

Verificamos na tabela 6 que, da totalidade da amostra de 57 doentes sinalizados, foram colocados e admitidos nas Unidades de RNCCI 34 doentes, o que perfaz a percentagem de 59,7% ($n = 34$). Dos quais 21 mulheres e 13 homens, representando o sexo feminino 61,8%, enquanto que o sexo masculino representa 38,2%.

Apresentamos também os dados relativos aos cancelamentos, em que houve 24,6% ($n = 14$) de processos cancelados. Desses, metade ($n = 7$), foram cancelados pela EGA devido a fatores como alta clínica, e/ou recusa dos doentes por se sentirem melhorados. A outra metade ($n = 7$) foi cancelada pela ECL, e ocorreram devido sobretudo a aspetos relacionadas com divergências de critérios clínicos de referenciação. Em 15,7% das situações ocorreram óbitos, enquanto decorria o processo de RNCCI, ou enquanto aguardavam vaga para ingresso nas Unidades de CC.

Recolhemos ainda os dados relativos à demora média, entre a referenciação pela EGA e a admissão nas Unidades de CC que foi de 20,6 dias.

Tabela 6

Doentes admitidos, cancelamentos e óbitos por tipologia de unidade

	Admitidos	Cancelamentos	Óbitos
Tipologia	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
UMDR	19 (33,3)	7 (12,3)	7 (12,3)
ULDM	3 (5,3)	3 (5,3)	1 (1,7)
UC	9 (15,8)	3 (5,3)	0 (0)
ECCI	3 (5,3)	1 (1,7)	1 (1,7)
Total	34 (59,7)	14 (24,6)	9 (15,7)

Notas: UMDR=Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM=Unidade de Longa Duração e Manutenção; UC=Unidade de Convalescença; ECCI= Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Dos doentes admitidos em Unidades de RNCCI, e decorrido o processo de tratamento necessário, tiveram alta das Unidades 73,5% ($n = 25$) dos doentes. A tabela 7 possibilita-nos também verificar, que dos doentes que tiveram alta das Unidades de CC, todos têm necessidade de apoio. Na presente amostra, a totalidade dos doentes com alta da RNCCI tem necessidade da prestação de cuidados. A maior parte (44%; $n = 11$), tem apoio informal, 36% ($n = 9$) tem apoio formal, e 20% ($n = 5$) tem apoio informal e formal. Verificamos assim que 64% ($n = 16$) têm apoio informal.

Se à data de referenciação para a RNCCI havia 42,1% que não necessitavam de apoio, no pós-alta da RNCCI todos necessitavam de apoio informal e/ou formal, havendo uma associação significativa entre a distribuição pelos dois momentos ($p = 0,001$).

Inicialmente, no decorrer do processo para RNCCI, ou a aguardar vaga para admissão nas Unidades, houve 15,7% de óbitos, como já referido. Durante o internamento em RNCCI, houve 26,5% de óbitos. No presente estudo ocorreram 42,2% de óbitos, no total.

Tabela 7

Apoio formal e informal à data da referenciação e apoio no pós-alta da RNCCI

	Apoio à data da referenciação para a RNCCI		Apoio no pós-alta da RNCCI		<i>Testes</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Sem necessidade de apoio	24	42,1	0	0	Qui-Quadrado = 19,037 gl = 4 $p = 0,001$
Apoio informal	16	28,1	11	44	
Apoio formal	11	19,2	9	36	
Apoio formal + apoio informal	3	5,3	5	20	
Sem apoio	3	5,3	0	0	
Total	57	100	25	100	

Consideramos importante caracterizar a necessidade da prestação dos cuidados, nomeadamente a nível das atividades de vida diária (AVD's), aquando da referenciação na RNCCI. Para tal recorremos à avaliação de âmbito social, efetuada através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), realizada no momento da referenciação pela EGA do HDP. Na RNCCI, esta avaliação é obrigatória, para as referenciações de acordo com a Portaria nº 50/2017, e pretende acompanhar “desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede” (Preâmbulo). Foram analisados os qualificadores de Atividades e Participação, nomeadamente os referentes à mobilidade: andar ou movimentar-se (d460); lavar-se (d510); cuidar de partes do corpo (d520); vestir-se (d540); comer (d550); e, cuidar da própria saúde (d570).

Na tabela 8 verificamos que mais de metade dos utentes da presente amostra tinha dificuldade completa na maioria dos qualificadores, aquando da referenciação pela EGA, o que segundo a avaliação da CIF, representa a percentagem de 96-100%. Seguidamente a dificuldade grave, que representa 50-95%, e a dificuldade moderada que representa 25-49%. Na dificuldade ligeira, só há representação de 12% ($n = 3$) de doentes, e no qualificador de comer. O qualificador da capacidade de se vestir, apresenta a maior dificuldade, com 60% ($n = 15$), de dificuldade completa. Seguidamente, representando mais de metade dos doentes do presente estudo, verificamos, no qualificador da mobilidade: andar ou movimentar-se, e o de cuidar da própria saúde, como os que apresentam maior percentagem de dificuldades, nomeadamente 56% cada ($n = 14$).

Tabela 8

Qualificadores de atividade e participação avaliados pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Qualificador/ dificuldade	D460		D510		D520		D540		D550		D570	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Completa (96-100%)	14	56	13	52	12	48	15	60	8	32	14	56
Grave (50-95%)	8	32	9	36	9	36	5	20	8	32	9	36
Moderada (25-49%)	3	12	3	12	4	16	5	20	3	12	2	8
Ligeira (5-24%)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	12	0	0

Notas: D460= mobilidade; D510= lavar-se; D520= cuidar de partes do corpo; D540= vestir-se; D550= comer; D570= cuidar da própria saúde.

Na tabela 9 verificamos que dos doentes com filhos, 42,1% ($n = 24$) tinham filhos emigrantes, sendo que, desses 19,5% ($n = 11$) tinham todos os filhos no estrangeiro. Ou seja, do universo dos doentes que tinham filhos emigrantes, em 46% todos os filhos eram emigrantes. Salientamos que na tabela 9, o apoio prévio se refere ao universo da totalidade da amostra, de 57

doentes, e os dados são os recolhidos no momento da referenciação. Enquanto que o apoio posterior se refere aos doentes com alta da RNCCI, isto é, após os episódios de cancelamentos e óbitos ocorridos, com alta da RNCCI, o que perfaz a totalidade de 43,9% ($n = 25$).

Verificamos que previamente a maior percentagem era de doentes que não necessitavam de cuidados. Entre doentes que não necessitavam de cuidados, 58,3% ($n = 14$) tinham filhos emigrantes. Os doentes que precisavam da prestação de cuidados, 28,1% ($n = 16$) era prestada por cuidadores informais, e desses, 75% ($n = 12$), não tinha filhos emigrantes. Posteriormente ao internamento em CC, os doentes com apoio informal representam 44% ($n = 11$) no entanto, a diferença dos que tem e não tem filhos emigrantes é menor, tendo a amostra diminuído.

Tabela 9

Apoio à data da referenciação e no pós-alta da RNCCI, relacionado com filhos emigrantes

	Sem Filhos emigrados		Com Filhos emigrados		Total	
	n	%	n	%	n	%
Apoio à data da referenciação para a RNCCI						
Sem necessidade de apoio	10	41,7	14	58,3	24	42,1
Apoio informal	12	75	4	25	16	28,1
Apoio formal	7	63,6	4	36,4	11	19,2
Apoio formal + informal	2	66,7	1	33,3	3	5,3
Sem apoio	2	66,7	1	33,3	3	5,3
Total	33	57,9	24	42,1	57	100
Apoio no pós-alta da RNCCI						
Sem necessidade de apoio	0	0	0	0	0	0
Apoio informal	6	24	5	20	11	44
Apoio formal	4	16	5	20	9	36
Apoio formal + informal	3	12	2	8	5	20
Sem apoio	0	0	0	0	0	0
Total	13	52	12	48	25	100

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação é uma constante procura de conhecimento e de respostas em relação a um determinado objeto (Baptista, 2001), constituindo o desafio do presente estudo o aprofundamento e a problematização das especificidades dos cuidados continuados na relação com o serviço social hospitalar, focando particularmente a articulação entre a saúde e o apoio social informal.

A partir de um estudo de doentes sinalizados e referenciados para a RNCCI, pela EGA do HDP, perspetiva-se a intervenção profissional do Assistente Social hospitalar nos CC, e a

articulação entre a saúde e o apoio social informal, constituindo uma oportunidade de investigação que permite ao serviço social a acumulação de conhecimento, uma prática crítica e uma cultura profissional em permanente construção (Batista, 2001).

Efetuamos a análise dos processos sociais, a análise dos registos efetuados no processo de continuidade de cuidados e de destino pós alta, bem como a caracterização do suporte social informal e formal da amostra do presente estudo. Estas análises referem-se a três momentos: durante o internamento hospitalar, à data da referenciação para a RNCCI, e no pós alta de Unidades da RNCCI. Nos resultados é apresentada e caracterizada a amostra dos doentes inscritos na RNCCI constituída por 57 doentes. Nesta amostra, 34 doentes foram admitidos nas Unidades de CC e 25 doentes tiveram alta das Unidades da RNCCI.

Primeiramente o que nos oferece referir é a heterogeneidade das idades da amostra. A média de idades é de 80 anos de idade, no entanto existem doentes de 50 anos e no máximo de 93 anos de idade, na amostra. Na temporalidade das idades, verifica-se uma amplitude considerável, distando 43 anos. Faz-nos refletir e como nos refere Guimarães (1999) entender que para além da barreira artificial dos 65 anos (e antes), encontramos uma enorme diversidade de indivíduos, com percursos autónomos e, consequentemente, com envelhecimentos diferentes. No entanto, a amostra concentra-se nas idades mais avançadas (75+ anos), sendo relevante referir que os idosos representam, no concelho de Pombal, 28,3% da população geral, percentagem mais elevada do que a realidade do país, em que essa representatividade se fica por 21,7%, patente também no Índice de Envelhecimento (IE), de 254 em Pombal, enquanto que em Portugal o IE é de 157 (Pordata, 2018).

No Relatório de Monitorização da RNCCI de 2018 (ACSS, 2018), é referido que a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representou 83,7% e a população com idade superior a 80 anos representou 50,7% do total. A maior parte da presente amostra é do sexo feminino, representando 63,2%, os homens representam 36,8%. Relativamente aos doentes que tiveram alta da RNCCI, 61,8% eram do sexo feminino e 38,2% eram do sexo masculino. Já a nível nacional, o sexo feminino representou 55,9% do total de utentes da RNCCI, abaixo do número da presente amostra.

A residência em contexto rural da maior parte dos doentes, vai ao encontro do referido no Referencial Coesão Social (2014), ao considerar Pombal como um concelho de transição, caracterizado pela construção civil e indústria transformadora num contexto rural, um setor terciário muito baixo, população ativa mais jovem, e pelo povoamento difuso.

Em relação ao estado civil, a maior parte eram casados, 56,1%, viúvos representavam 31,6%, solteiros 7%, e divorciados 5,3%. Dados idênticos referidos a nível nacional (ACSS, 2018), com poucas diferenças, com 13,3% dos utentes no estado civil de solteiro, casados 46,5%, viúvos 36,9% e divorciados 6,9%.

Relativamente à coabitação, a maior parte vive em casal, e 12,3%, no que denominamos família cuidadora, pois necessitam de cuidados e vivem com familiares que lhes prestam os cuidados necessários. Há 35% doentes que vivem sós, valor diferente dos 26% a nível nacional, em que 26% dos utentes viviam sós, segundo o Relatório de Monitorização da RNCCI (ACSS, 2018).

Verificamos e salientamos a importância da família, antes, durante, e após o internamento hospitalar. Reforçamos e confirmamos a importância da família, durante a sinalização e a referenciação nos CC, a admissão e o internamento na RNCCI, e no pós-alta das unidades de CC. Reconhecemos que são atribuídas “às famílias acrescidos níveis de responsabilização” (Guadalupe & Cardoso, 2018), nos apoios aos familiares que carecem de cuidados, antes e após o internamento hospitalar, e antes e após a alta da RNCCI. Por outro lado, “são dadas cada vez menos condições concretas para que exerçam efetivamente tais responsabilidades” (Guadalupe & Cardoso, 2018, p. 226).

Em Portugal têm-se verificado múltiplas alterações sociais e alterações na estrutura familiar. Todavia, apesar das limitações da família, ela continua a assumir-se como o centro da solidariedade interpessoal e intergeracional assegurando o bem-estar e os cuidados necessários dos seus familiares idosos dependentes, como confirmamos no presente estudo. A família constitui, por excelência, o sistema de suporte da realização afetiva e efetiva dos doentes, e, deste modo, salientamos a importância indiscutível dos cuidados informais prestados em contexto domiciliário. A maior parte dos indivíduos da presente amostra, não necessitava de cuidados ou de apoio previamente ao internamento hospitalar, e dos que precisavam de apoio, a maioria, 33,4% tinham apoio informal. Aquando da alta da RNCCI, também é a maior parte, isto é, 64% que têm apoio informal.

A nível nacional, 77% do destino pós-alta, foi registado para o domicílio, segundo os dados do Relatório de Monitorização da RNCCI (ACSS, 2018), não havendo, no entanto, informação sobre a continuidade dos apoios necessários a assegurar aos doentes.

No presente estudo o apoio informal representa, na sua maior parte, o apoio dos filhos dos doentes, o que vai ao encontro de estudos de Pimentel (2012, p.70) em que “os filhos, e mais especificamente as filhas e as noras, surgem como a principal fonte de apoio aos seus parentes idosos”. Por esse facto, e por verificamos que na presente amostra havia representatividade de filhos emigrantes, efetuamos essa análise dada a sua importância devido ao distanciamento da rede de suporte intergeracional. Dos doentes com filhos, 42,1% tinham filhos emigrantes, sendo que 19,5% tinham todos os filhos no estrangeiro, e do universo dos que tinham filhos emigrantes, em 46 %, todos os filhos eram emigrantes.

Este dado é especialmente interessante e faz-nos pensar se haverá alguma especificidade de âmbito local relativamente à emigração. No entanto, apesar desta conclusão do nosso estudo,

não conseguimos obter dados da população emigrante do concelho de Pombal. A nível nacional, refere o Observatório da Emigração que há assimetrias nas migrações internacionais, sobretudo por ser considerado liberdade individual fundamental o direito a sair do país, e pelo contrário a entrada noutra depende da vontade soberana desses países. Adianta a estatística nacional de, no ano de 2018, terem saído de Portugal 81,754 cidadãos, e haver 2,266,735 emigrantes portugueses. Atendendo à fulcralidade dos filhos no apoio informal, esta questão deve fazer-nos pensar no que concerne ao apoio das gerações mais velhas.

Salientamos ainda o facto de verificarmos que idosos tendem a cuidar de idosos, pois 7,1% dos doentes eram os principais e únicos cuidadores dos cônjuges. Daley (1995, cit. in Lage, 2007) afirma que o papel do cuidador cônjuge idoso é assumido de uma forma mais fácil, como continuação das responsabilidades da conjugalidade. Além desses, havia uma doente, que era a cuidadora da mãe, passando ela própria a necessitar de cuidados. No caso, foram os filhos, e netos que assumiram os cuidados às 2 doentes. Ou seja, 8,8 % dos doentes eram cuidadores, e passaram eles próprios a necessitar de cuidados.

Relativamente à demora média entre a referenciação pela EGA e a admissão dos doentes nas Unidades de CC, na presente amostra foi de 20,6 dias, o que se verifica ser inferior à média nacional, segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que em 2018 foi de 27,8 dias. Consideramos demasiado longo o espaço de 20,6 dias de espera por vaga para admissão nas Unidades da RNCCI, comparativamente aos 9 dias de tempo médio de internamento hospitalar em Portugal, segundo dados do Observatório Europeu (2019).

Assim, verificamos que, se antes da doença que originou o internamento hospitalar, a maior parte dos doentes não necessitava da prestação de cuidados, posteriormente, na avaliação da EGA, a maior parte da amostra apresenta a avaliação de dificuldade completa, no desempenho das AVD's. Após o internamento em RNCCI, não nos é possível obter dados concretos, no entanto segundo o parecer da família, e os dados do Relatório de Monitorização da RNCCI – 2018, “o motivo “atingidos os objetivos” da intervenção planeada do Plano Individual de Intervenção, efetuado pelos profissionais, existiu em 76% dos registos” (ACSS, 2018, p. 143).

Verificamos que em relação aos apoios formais, nomeadamente, e sobretudo, respostas sociais de centro de dia, e de serviço de apoio domiciliário, a representatividade é de 19,3% no apoio prévio e de 36% no apoio posterior. A nível nacional, e segundo os dados do Relatório de Monitorização da RNCCI (ACSS, 2018), o destino pós-alta das Unidades, registado para respostas sociais (Lar e resposta ou equipamento social) representou 10%. Valor esse que parece ser baixo, no entanto também a taxa de cobertura média das principais respostas que visam o apoio a pessoas idosas, no Continente, segundo a Carta Social, era de 12,6% em 2018. Além desse facto, verificamos que no concelho de Pombal, há sistematicamente respostas sociais sem vaga para admissão de novos utentes.

CONCLUSÃO REFLEXIVA

Quando os cuidados são partilhados entre a família e os serviços de apoio social, são obtidos melhores ganhos quer para o doente quer para a família, uma vez que reduz a sobrecarga do cuidador (Petronilho, 2007). Além disso, nos cuidadores, o desempenho dos papéis intergeracionais, nos cuidados à geração mais idosa, os pais, podem provocar alterações de várias ordens, tanto individualmente, como em casal (Ward & Spitze, 2015). A cooperação entre o apoio social formal e informal é desejável em quase todas as situações, sendo o Serviço Social o construtor privilegiado de articulações e mediações.

No entanto verificamos no nosso estudo que só 5,3% de doentes, previamente ao internamento em CC, tinham simultaneamente apoio formal e informal, passando para 20% posteriormente ao internamento em Unidades de RNCCI. Questionamo-nos sobre o porquê dessa realidade patente no presente estudo. Será porque as respostas sociais existentes não respondem ou estão desadequadas às necessidades sentidas? Ou será porque não respondem às questões que atualmente se colocam? Ou ainda, será que não estão ao alcance de todos face às condições de vida?

Como verificamos, os CCI assentam numa “perspetiva de welfare mix” em que se procura responsabilizar todos os agentes públicos e privados, formais e informais, em que se capacitam simultaneamente, os indivíduos e as instituições, numa relação positiva entre os que prestam e os que recebem (Carvalho, 2012). No entanto essa forma pode ser encarada, por alguns autores, como um fracasso do Estado, na capacidade de tornar possível a realização dos direitos sociais (Pereirinha, 1997), quando considerada uma responsabilidade do próprio Estado.

Além disso, gostaríamos de salientar que na RNCCI, “os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do Ministério da Saúde, suportando o utente, mediante a comparticipação da segurança social a que houver lugar, os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social (Portaria nº 994/2006, art.º 7º). Na comparticipação da segurança social são contabilizados os rendimentos do agregado familiar dos doentes (de trabalho, de capitais, prediais, sociais, subsídios, de património mobiliário, imobiliário), não sendo contabilizadas as despesas fixas, que todos os doentes e familiares têm, nomeadamente os encargos com habitação, e outras despesas que alguns têm, nomeadamente pagamento de empréstimos, seguros, etc. Além do valor relativo a encargos com cuidados de apoio social (utente/dia em 2019: UMDR – 20,49 euros; ULDM – 31,38 euros – fonte: Anexo da Portaria nº 17/2019) a partir de 2013, foi introduzido o encargo com fraldas, a pagar também pelo utente, por dia, em internamentos de ULDM (artº 2, Portaria nº41/2013 - em 2019 era de 1,28 euros

/dia). Por outro lado, as entidades promotoras e gestoras, de unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e de ambulatório ao celebrarem os contratos de prestação de serviços com os utentes e ou seus familiares, poderá ser prevista uma caução, com o objetivo de assegurar o respetivo pagamento do internamento do utente (artº. 11º, Portaria 343/2015).

Para os doentes e familiares, estes encargos económicos, associados à integração nalgumas unidades da RNCCI, com as necessárias deslocações, sobrecarregam as despesas do agregado familiar. Consideramos que constitui potencialmente um fator impeditivo para assegurar os necessários e aconselhados cuidados de saúde, como focado pelos familiares nas entrevistas sociais. No entanto, nem sempre ficam claras as razões de recusa de integração na RNCCI por parte dos doentes ou das famílias.

A comparticipação dos cuidados continuados por parte do doente pode ser elevada (sobretudo na tipologia de ULDM), e transfere responsabilidade para o doente e para a família. Consideramos que quando essa comparticipação interfere com a opção pelos cuidados continuados, que são prescritos clinicamente por equipas do SNS, o direito à saúde e à segurança social (artigos 63.º e 64.º da Constituição da República Portuguesa), bem como aos cuidados continuados (art.º 7.º da lei n.º 100/2019), podem ser postos em causa.

Verificamos que, como inicialmente previsto, os CC “promovem a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando incapacidades” e que constituem “uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida” (Preâmbulo Decreto-lei n.º 101/2006).

Quando surgem situações de doença crónica, ou aguda de doença grave, em que resulta internamento hospitalar, que gera limitações funcionais, incapacidades e dependências para os doentes, há mudanças significativas na vida da pessoa doente e da sua família. São necessários cuidados de saúde e de apoio social, continuados. Os próprios doentes e os elementos da sua rede social pessoal, nomeadamente da rede social informal, sofrem o choque, a dor, o sofrimento, o luto. Têm de se adaptar à situação, e os CC, representam, de facto, uma mais valia.

No presente estudo a maior percentagem das doenças referem-se a “doenças do sistema nervoso e Acidentes Vasculares Cerebrais” (50,9%) (Relatório da EGA do HDP, 2019), o que origina sequelas, na maior parte das situações. Sequelas essas permanentes, que requerem cuidados continuados, e que não se esgotam na RNCCI. Além disso, a nível de atividades básicas de vida, como verificamos, mais de metade da presente amostra, apresenta dificuldade completa nomeadamente, para se vestir, e em andar ou movimentar-se, e cuidar da própria saúde. Uma vez que a CIF pretende acompanhar “desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede” (Portaria 50/2017), consideramos importante o estudo da avaliação das AVD's, dos doentes aquando da alta da RNCCI, assim como do suporte social disponível e das condições efetivas da rede informal assegurar esse suporte com qualidade.

Consideramos que a necessidade de Cuidados Continuados deve ser, como o próprio nome indica, continuados, e não adiados, ao terminar com a alta do internamento em RNCCI. Os CC podem correr o risco de poderem ser considerados alomorfias, de acordo com o sistema de saúde em Portugal, na medida em que, assim como a alta de hospital de agudos, também na RNCCI, se pratica o ato de dar alta dos doentes. No entanto, pelas características já referidas, a sua maioria continuará provavelmente a necessitar de CC, como é bem patente no presente estudo. É importante e desejável que os CC continuem a ser prestados aos doentes com os mesmos objetivos e os mesmos princípios, e não terminem com a alta da RNCCI. Repensar esta dimensão é central, podendo o Serviço Social nos cuidados de saúde primários e hospitalares assumir neste processo um papel importante na articulação entre cuidados de saúde e cuidados sociais. Consideramos também importante a efetiva necessidade de reavaliação periódica da necessidade de cuidados continuados após alta da RNCCI, considerando o Assistente Social da saúde o profissional mais bem posicionado para aferir essa reavaliação dos cuidados.

Em saúde, cuidar é um verbo de ação transdisciplinar e multifacetado onde cabem outros como tratar, aliviar, reabilitar, providenciar, conversar, acarinhar, colaborar e ajudar (Johnson & Corte-Real, 2000). Cuidar não tem alta, não termina a necessidade de cuidados dos doentes do presente estudo, com o internamento ou apoio de Unidades ou Equipas de RNCCI. É um processo contínuo, que deve ser continuamente assegurado, ainda que as necessidades e os formatos para assegurar os cuidados possam mudar. A saúde é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objetivo a atingir, trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas (OMS, 1999).

A aprovação recente do Estatuto do Cuidador Informal, através da Lei n.º 100/2019, veio efetivar legalmente o reconhecimento do cuidador informal, pretendendo regular “os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada” (art.º 1). Consideramos que, apesar de surgir tardiamente, representa um avanço significativo, deixando em aberto vários desafios que se colocam ao suporte social informal futuramente.

Consideramos que a Rede deveria ter também em consideração a perspetiva e a efetiva participação dos doentes e dos familiares. A promoção e o envolvimento dos utentes/doentes e familiares dos serviços da RNCCI, no seu planeamento, desenvolvimento e avaliação dos apoios, promoverá não só, uma política que favorece a escolha individual e os direitos dos utentes, bem como a reafirmação do seu papel, como cidadãos ativos. Para os profissionais, incluir a visão dos doentes e familiares é não só uma questão de direitos pessoais e sociais, bem como a garantia de que os serviços irão corresponder às necessidades reais das pessoas a quem se dirigem, tomando-os como agentes ativos no processo.

A vulnerabilidade social do grupo populacional das pessoas idosas, remete-nos para um amplo conjunto de complexos determinantes sociais estruturais, conjunturais e individuais que se conjugam na exposição ao risco social, de limitações e perda da funcionalidade, e também de perdas relacionais e do isolamento social, do corte com o mundo do trabalho e da diminuição da participação social, assim como de possíveis quebras financeiras (Guadalupe & Cardoso, 2018). Essas lacunas não se esgotam nos e com os CC, da forma como se encontram estruturados hoje.

À narrativa de que a RNCCI presta cuidados continuados, deve ser criada uma contranarrativa, com todos os intervenientes do setor da saúde e social, com as redes primárias e secundárias, relativamente aos idosos, salvaguardando a sua heterogeneidade espelhada pelos cursos de vida e condições socioeconómicas (Guadalupe & Cardoso, 2018), e as suas necessidades efetivas de continuidade de cuidados continuados.

REFERÊNCIAS

- ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde (2018). Relatório de *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. SNS. Retrieved from https://www.ipss-acaso.org/site_content/download/7004/779/38
- ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 1º semestre de 2019*. SNS e ACSS. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem19-vfinal-3.pdf>
- Alves, F., Silva, L., Fontes, B. (2013). *Saúde, Medicina e Sociedade – Uma Visão Sociológica*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Baptista, M. V. (2001). *A Investigação em Serviço Social*. Lisboa: Centro Português Investigação em História e Trabalho Social.
- Campos, L., Saturno, P., & Vaz Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade Dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Ministério Saúde-Inspeção Geral Atividades em Saúde.
- Carvalho, M. I. (2012). Cuidados Continuados Integrados e Serviço Social. In Carvalho, M. I. (coord.) (Eds.). *Serviço Social na Saúde* (pp. 83-110). Lisboa: Pactor, Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Carvalho, M. I. (2015). Cuidados Familiares Prestados a Pessoas Idosas. In Carvalho, M. I. (Eds.). *Serviço Social com Famílias* (pp. 239-250). Lisboa: Pactor -Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

- CHL, Centro Hospitalar de Leiria. (2020). *Regulamento Interno* (inpublished manuscript). Leiria: Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- DGS - Direção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde hospitalares*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Retrieved from <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>.
- DGS -Direção Geral da Saúde (2005). *Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Atual. Projeto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rede-de-cuidados-continuados-relatorio-final-da-fase-1-pdf.aspx>
- DGS - Direção Geral da Saúde (2006). *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde, Portugal.
- Escoval A, & Matos T. (2009). *Contratualização e Regulação nos Hospitais. Governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras.
- Guadalupe, S. (2001). *Intervenção em Rede e Doença Mental*. Retrieved from: <https://scholar.google.pt/scholar?oi=bibs&hl=pt-PT&cluster=10770503687865372524>
- Guadalupe, S. (2010). *Intervenção em Rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guadalupe, S. (2012). A intervenção do Serviço Social na Saúde com Famílias e em Redes de Suporte Social. In Carvalho, M. I. (coord.). *Serviço Social na Saúde* (pp. 183-217). Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Guadalupe, S., Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, 33(1). <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
- Guimarães, P. (1999). Os Idosos Sem Poder. In Archer, L., Abreu, J. Andrade, M. (Eds.). *Aspetos Éticos das Pessoas em Situação de Doença. - Atas do V Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida* (pp.127-132). Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Presidência do Conselho de Ministros.

- IFSW - International Federation of Social Workers. (2002). *Ethics in Social Work Statement of Principles*. IFSW General Meeting; 10-12; Geneva, Switzerland. Geneva. Retrieved from <https://www.ifsw.org/>
- ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente. Retrieved from www.seg-social.pt.
- ISS - Instituto da Segurança Social, IP, Instituto de Estudos Sociais e Económicos (2014). *Referencial de Coesão Social*. SOARTES – Artes Gráficas, Lda, Lisboa: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.
- ISS – Instituto da Segurança Social, IP. Gabinete de Estudos e Planeamento (2018). *Carta social: rede de serviços e equipamentos. Relatório 2018*. Lisboa: Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, em <http://www.cartasocial.pt>
- Johnson, B., Côrte-Real, F. (2000). O som do silêncio - Uma reflexão a partir do Serviço Social em Hospital. Serviço Social & Saúde. *Revista de Intervenção Social*, nº 21, 33-44. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1106>
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.
- Ministério da Saúde, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2008. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Retrieved from <https://riicotec.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/rncci2008130409.pdf>
- Mioto, R. (2004). Trabalho com Famílias: um desafio para os Assistentes Sociais. *Revista Virtual Textos e Contextos*, 3, 1-15.
- Nogueira, J. M. (2009). *Cuidados Continuados: Desafios*. UMCCI. Lisboa. Retrieved from http://www.rncci.min.saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf
- Nogueira, J., Girão, A., & Guerreiro, I. (2010). *Post Acute and Long-Term Care: Instrument for Evaluating Outcomes*. Lisboa: UMCCI. Retrieved from <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/onlinewebbasedsystem.pdf>
- Nunes, R. & Rego, G.; (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: Editora MacGraw-Hill de Portugal, Lda.
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019, Estado de Saúde na UE.*, OCDE, Paris/Observatório Europeu de Sistemas e

- Políticas de Saúde, Bruxelas. Retrieved from https://ec.europa.eu/portugal/events/state-health-eu-report_pt
- OMS-Organização Mundial de Saúde (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève. Organization Mondiale de la Santé. Retrieved from: <http://www.quebecenforme.org/>
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2014). CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Retrieved from <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004/4cdfad93-81d0-42de-b319-5b6b7a806eb2>.
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2010). *Redução das Desigualdades no Período de uma Geração, Igualdade na Saúde através da Ação Sobre os Seus Determinantes Sociais*. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789248563706_por_content_s.pdf;jsessionid=44797CC8742E3EFC340E079766D34C82?sequence=8
- Pereirinha, J. (1997). A (re)definição dos direitos sociais face à crise do Estado-Providência e ao fenómeno da exclusão social. *Intervenção Social*, 15/16, 131-142. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1364>
- Petronilho, F.A.S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formação e Saúde.
- Pordata (2018). *Base de Dados de Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos Retrieved from <https://www.pordata.pt/Home>
- Portugal, S. (2014). *Famílias e Redes Sociais. Ligações Fortes na Produção de Bem Estar*. Coimbra: Almedina.
- Ribeiro, J.L. P. (2007). *Metodologia de investigação em Psicologia e em Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Rodrigues, A.P. (2000). O Doente Idoso e a Intervenção do Assistente Social na Equipa de Saúde Hospitalar. *Intervenção Social* 21, 47-52. Retrieved from <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1107>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde (2018). *Relatório Anual – Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. Lisboa: SNS.
- UMCCI-Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados (2009). Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Retrieved from www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/relatorio1semestre17-09-2009.pdf
- Ward, R; Spitze, G; et al. (2015). Close to You? How Parent-Adult Child contact is influenced by Family Patterns. *The Journals of Gerontology series B Psychological Sciences and Social Sciences*. doi: [10.1093/geronb/gbv036](https://doi.org/10.1093/geronb/gbv036)

APÊNDICE I

Cronologia dos principais marcos legislativos relativos aos Cuidados Continuados

LEGISLAÇÃO	DESCRIÇÃO
Portaria n.º 64/2020 de 10 de março	Define os termos e as condições de implementação dos projetos-piloto previstos no Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, bem como os territórios a abranger.
Portaria n.º 2/2020 De 10 janeiro	Regulamenta os termos do reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro
Lei n.º 100/2019 de 24 de setembro	Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio.
Portaria n.º 172-A/2019 de 1 de março	Procede à primeira alteração à Portaria n.º 17/2019 de 15 de janeiro, que fixa os preços a praticar nas unidades de internamento e de ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Portaria n.º 24/2019, de 17 de janeiro	Procede à atualização anual do valor do indexante dos apoios sociais (IAS). O valor do IAS para o ano de 2019 é de 435,76€.
Portaria n.º 17/2019, de 15 de janeiro	Fixa os preços a praticar pelos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como os preços com encargos com fraldas nas unidades de longa duração e manutenção, com produção de efeitos 1 de dezembro de 2019, revogando a portaria n.º 10/2019, de 14 de janeiro
Portaria n.º 10/2019, de 14 de janeiro	Fixa os preços a praticar pelos cuidados de saúde e de apoio social a praticar nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como os preços com encargos com fraldas nas unidades de longa duração e manutenção com produção de efeitos a 1 de dezembro de 2018, revogando a portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro.
Despacho n.º 176-D/2019, de 4 de janeiro	Designa a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com dois coordenadores, indicados por cada um dos ministérios
Portaria n.º 249/2018, de 6 setembro	Procede à terceira alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, e pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
Portaria n.º 21/2018, de 18 janeiro	Procede à atualização anual do valor do indexante dos apoios sociais (IAS). O valor do IAS para o ano de 2018 é de 428,90€.
Decreto-Lei n.º 90/2017, de 28 de julho	Procede à quarta alteração do Decreto-Lei 70/2010, de 16 de junho, que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para atribuição de outros apoios sociais públicos. Altera a redação do art.º 1.º, 4.º, 7.º e 12.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho.
Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro	Fixa os preços a praticar pelos cuidados de saúde e de apoio social a praticar nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como os preços com encargos com fraldas nas unidades de longa duração e manutenção com produção de efeitos a 1 de dezembro de 2017, revogando a portaria n.º 262/2015, de 28 de agosto.

Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro	Procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias.
Portaria 343/2015 de 12 de outubro	Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro	Primeira alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, e terceira alteração à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.
Portaria n.º 262/2015 de 28 de agosto	Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e de ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para 2015 e revoga a Portaria n.º 184/2015, de 23 de junho Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ISS, I.P. Pág. 17/21
Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho	Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (tipologias em fase de experiência piloto). As unidades e equipas de Cuidados Paliativos deixam de estar integradas na RNCCI.
Portaria n.º 174/2014, 10 de setembro	Define as condições de instalação a que devem obedecer as unidades de internamento e definição das condições de instalação e funcionamento das unidades de ambulatório. Regula ainda os vários níveis de coordenação da RNCCI e os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do diploma.
Despacho n.º 8244-A/2014, de 24 de junho	Autoriza o Instituto da Segurança Social, I.P. e as Administrações Regionais de Saúde, I.P. a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados e renovados, durante o ano de 2014, com as entidades integradas ou a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
Lei nº 15/2014 de 21 de março	Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.
Despacho n.º 12190/2013, de 18 de setembro	Autoriza as ARS a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa a celebrar por mais três anos com as Unidades de Convalescença (UC) e com as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) integradas na RNCCI no âmbito do funcionamento ou implementação desta Rede previstos no anexo ao presente despacho.
Despacho n.º 12191/2013, de 18 de setembro	Autoriza as ARS e o ISS a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa a celebrar por mais três anos com as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e com as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) integradas na RNCCI no âmbito do funcionamento ou implementação desta Rede previstos no anexo ao presente despacho.
Despacho n.º 9846-A/2013, de 16 de julho	Autoriza as ARS e ISS na assunção de compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar a RNCCI no âmbito do funcionamento ou implementação desta Rede, e autorizados os contratos programa identificados no anexo ao presente despacho.

Despacho n.º 3209/2013, de 28 de fevereiro	Autoriza o Instituto da Segurança Social, IP e as Administrações Regionais de Saúde, a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
Portaria n.º 41/2013, de 1 de fevereiro	Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a praticar no ano de 2012 Fixa o preço a pagar às unidades de longa duração e manutenção (ULDM) da RNCCI, por dia e por utente, pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas
Decreto-lei n.º 133/2012, de 27 de junho	Altera os regimes jurídicos de proteção social nas eventualidades de doença, maternidade, paternidade e adoção e morte previstas no sistema previdencial, de encargos familiares do subsistema de proteção familiar e do rendimento social de inserção, o regime jurídico que regula a restituição de prestações indevidamente pagas e a lei da condição de recursos, no âmbito do sistema de segurança social, e o estatuto das pensões de sobrevivência e o regime jurídico de proteção social na eventualidade de maternidade, paternidade e adoção no âmbito do regime de proteção social convergente.
Despacho n.º 7968/2011, de 2 de junho	Determina que em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem de existir uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP).
Portaria n.º 183/2011, de 5 de maio	Define os preços dos cuidados continuados integrados de saúde mental prestados pelas unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário.
Lei n.º 15/2011, de 3 de maio	Altera a redação do art.º 3.º, n.º 1, h), do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho. Produz efeitos a partir da entrada em vigor do Orçamento de Estado de 2012, nos termos do disposto no art.º 4.º, n.º 2, da Lei n.º 15/2011, de 3 de maio.
Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril	Cria uma equipa coordenadora local (ECL), para a coordenação operativa da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), em cada agrupamento de centros de saúde (ACES), e em cada unidade local de saúde, que não tenha ACES constituído.
Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril	Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental.
Despacho n.º 3020/2011. DR 30, de 11 de fevereiro	Determina que as equipas coordenadoras da RNCCI garantem, nas unidades de internamento de longa duração e manutenção (ULDM), a admissão prioritária de utentes provenientes diretamente de lares de idosos com acordos de cooperação com a Segurança Social, até ao máximo de 10 % da sua capacidade.
Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro	Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro.
Despacho n.º 15229/2010, de 7 de outubro	Estabelece as competências, no âmbito da UMCCI, da equipa de projeto encarregue da prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental.
Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho	Estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade.
Despacho 6132/2010 de 7 abril	Identifica as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro	Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave

	de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência.
Despacho n.º 23613/2009, de 28 de outubro	Alteração ao Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro, que define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
Despacho n.º 2732/2009, de 21 de janeiro	Identifica as unidades que integram a Rede, com efeitos a partir de 1 de julho de 2008.
Portaria n.º 189/2008, de 19 de fevereiro	Altera a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro e fixa os encargos globais com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apóritos e material de penso nas unidades de internamento da Rede. Declaração de Retificação n.º 101/2007, de 29 de outubro Retifica os números, 8º, 12º e 16º da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.
Despacho n.º 1408/2008 de 11 janeiro	Identifica as unidades que integram a RNCCI, com efeitos a 1 de julho de 2007.
Despacho Normativo n.º 34/2007, de 19 de setembro	Define os termos e condições em que a Segurança Social comparticipa, por utente, os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas Unidades de Média e de Longa Duração da Rede, com efeitos a 1 de julho de 2007.
Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro	Fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, bem como as condições gerais para a contratação no âmbito da RNCCI.
Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro	Cria uma estrutura de missão para os cuidados continuados integrados.
Portaria n.º 994/2006 de 19 de setembro	Define os preços de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados.
Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho	Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
Decreto-lei 281/2003	Cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde.
Resolução do Conselho de Ministros 59/2002, de 22-03-2002	Define uma rede nacional de cuidados integrados – Rede Mais – destinada a desenvolver respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social para pessoas em situação de dependência qualquer que seja o grupo etário a que pertencem ou a causa ou causas de dependência. Dispõe sobre os objetivos da referida Rede e cria um grupo coordenador, que integrará representantes dos Ministérios da saúde e do Trabalho e da Solidariedade, ao qual estabelece as respetivas competências.
Decreto-lei 433-A/99	Aprova os Estatutos do Instituto para o Desenvolvimento Social.
Despacho conjunto 407/98, de 18 de junho	Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde / ação social.
Despacho conjunto de 1 de julho de 1994	Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social